MUESTRA

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, LA PUBLICACIÓN DE
INFORMACIÓN Y EL REEMBOLSO DE MEDICAID**

El Distrito Escolar del Condado de _____ (el Distrito) y el Departamento de Educación de Carolina del Sur tienen mi permiso para brindar servicios relacionados con la salud a mi hijo y para publicar e intercambiar información médica, psicológica, y otra información de identificación personal confidencial, según sea necesario, con el Departamento de Salud y Servicios Humanos y cualquier compañía de seguros contra terceros, con respecto a los servicios relacionados con la salud proporcionados a mi hijo. Comprendo que el propósito de este consentimiento es cobrar a Medicaid o a otro seguro médico por servicios conforme a la Parte B de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA).

Al firmar el presente formulario, doy mi permiso al Distrito y al Departamento de Educación de Carolina del Sur para cobrar a Medicaid y a cualquier seguro contra terceros y recibir el pago de Medicaid o cualquier compañía de seguros contra terceros por servicios relacionados con la salud, establecidos en el programa de educación individualizada (IEP) de mi hijo, y por servicios de evaluación psicológica, servicios de enfermería y otros servicios de tratamiento de la salud cobrables a Medicaid sin el requisito de un IEP. Comprendo que el Distrito y el Departamento de Educación de Carolina del Sur me han brindado notificación escrita de conformidad con las reglamentaciones de la IDEA en 34 CFR. §§ 300.154(d)(2)(v) y 300.503(c), antes de acceder a beneficios de Medicaid o cualquier otra compañía de seguros contra terceros y antes de este consentimiento para la publicación de información para cobrar a Medicaid.

Comprendo además que el Distrito y el Departamento de Educación de Carolina del Sur me brindarán notificación escrita anual de mis derechos antes de que Medicaid acceda a los beneficios de mi hijo para pagar por servicios regidos por la IDEA y que este consentimiento para la publicación de información para cobrar a Medicaid es un consentimiento único y posteriormente no es requerido de forma anual, independientemente de si hay un cambio en el tipo o el monto de los servicios que se le proporcionarán al niño o un cambio en el costo de los servicios que se cobrarán a Medicaid o a un seguro contra terceros.

Comprendo que el reembolso de Medicaid por los servicios relacionados con la salud que proporcionan el Distrito y el Departamento de Educación de Carolina del Sur no afectará a ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo sea elegible. Comprendo que mi hijo recibirá los servicios indicados en el IEP, independientemente de si inscribo a mi hijo para recibir beneficios públicos o privados o programas de seguros. Además comprendo que mi negativa a permitir el acceso al Departamento de Salud y Servicios Humanos o cualquier compañía de seguros contra terceros no exonera al Distrito de su responsabilidad de garantizar la provisión de todos los servicios requeridos de manera totalmente gratuita.

Comprendo que el otorgamiento del consentimiento es voluntario de mi parte y que puede revocarse en cualquier momento.

Si posteriormente revoco el consentimiento, esa revocación no será retroactiva (es decir, no invalidará una acción que haya ocurrido después de haberse dado el consentimiento y antes de haberse revocado el mismo).

Además comprendo que el Distrito y el Departamento de Educación de Carolina del Sur obran según las pautas de la parte B de la IDEA y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo y la provisión de servicios relacionados con la salud.

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento del estudiante _____

N.º de Medicaid _____

Firma del progenitor/tutor _____

Fecha _____